Vigilância Sanitária no Rio Grande do Sul: municípios sem despesas ou arrecadação, 2008-2012

- Luís Fernando Kranz – Mestre em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS);
- Roger dos Santos Rosa – Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Professor do Departamento de Medicina Social da UFRGS;
- Ronaldo Bordin – Doutor em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Professor do Departamento de Medicina Social da UFRGS;
- Mariana Santiago Siqueira – Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); e
- Rita de Cássia Nugem – Doutoranda em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

RESUMO
O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil gerou desafios quanto ao planejamento, à gestão e à avaliação das políticas de saúde em contextos descentralizados e autônomos. A Vigilância Sanitária (VISA) é um componente essencial da saúde pública e a arrecadação de taxas de fiscalização de VISA decorre do exercício do "poder de polícia" tipicamente atribuído à autoridade sanitária local. O Rio Grande do Sul (RS) é uma das 27 unidades federativas do Brasil, está localizado no sul do país e possui 497 municípios. Pretendeu-se analisar características dos municípios que não apresentam despesas na subfunção orçamentária VISA ou receitas de taxa de fiscalização (RTF) de VISA no RS no período 2008 a 2012. Trata-se de um estudo transversal retrospectivo do tipo descritivo com abordagem quantitativa, a partir das bases de dados públicas, *on-line*, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Os dados foram coletados, tabulados e analisados em planilha eletrônica Excel®. Dos 497 municípios do RS, 119 não registraram despesas na subfunção orçamentária VISA e 94 não apresentaram valor algum de RTF de VISA. Entre esses, 98 dos 119 e 81 dos 94 respectivamente têm até 10.000 habitantes - em comparação com 331 municípios para todo o estado nessa mesma faixa populacional. Para 35 municípios, os valores foram nulos em ambas as variáveis. Destes, 34 são municípios pequenos (até 10.000 habitantes) e apenas 1 (Passo Fundo) possui quase 200.000 habitantes. Em termos de regionalização, 21 fazem parte da Mesorregião Noroeste Rio-Grandense e 6 da Metropolitana de Porto Alegre, que abrange a capital do RS. A maior participação de pequenos municípios entre os que não registraram despesas na subfunção orçamentária VISA ou com RTF de VISA no período estudado pode indicar deficiências de estrutura organizativa para responder a uma das atividades que se espera típica da gestão em saúde no âmbito local ou refletir dificuldade de adequada classificação orçamentária.
PALAVRAS-CHAVES: Sistema Único de Saúde; Vigilância Sanitária; Financiamento em Saúde.

INTRODUÇÃO

Encontrar o marco inicial da Vigilância Sanitária (VISA) no âmbito mundial não é tarefa fácil. Para Kornis, Braga, Fagundes e De Paula (2011), o resgate histórico da experiência mundial da VISA permite relacionar as ações de saúde pública, os estudos epidemiológicos e os estudos quanto à mesma. Para estes autores, a regulação sanitária apresentou os seguintes marcos na América Latina:

a) na Venezuela, a modernização do Instituto Nacional de Higiene, que passou a ser denominado Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" (INHRR) em 1977;
b) no Chile, a criação do Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) em 1980;
c) em Cuba, o surgimento do Centro para El Control Estatal de La Calidad de los Medicamentos (CECMED) em 1989;
d) na Argentina, a criação da Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) em 1992;
e) na Colômbia, a criação do Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) em 1995; e,
f) no México, a criação da Comisión Federal para La Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) em 2001.

No Brasil, Lucchese (2001) toma como base o aspecto econômico e correlaciona os três modelos econômicos que marcaram a história do desenvolvimento do país: o agroexportador, o de substituição das importações e o de abertura ao mercado global com os modelos de intervenção do Estado na área sanitária. Para o autor, durante o período do modelo agroexportador (até 1945), como o país era totalmente dependente das importações, o controle sanitário voltava-se especialmente para o combate às epidemias e endemias e o saneamento dos portos se constituía na preocupação central do governo. No período de 1945 a 1990, no modelo econômico de substituição das importações, crescia a preocupação com o controle de produtos e as ações sanitárias voltavam-se especialmente sobre a produção interna. Já no modelo de abertura ao mercado internacional, devido à aceleração do comércio internacional e da formação de mercados comuns, as exigências sanitárias passaram a ser vistas como barreiras não alfandegárias à livre circulação de produtos (LUCCHESE, 2001).

Kornis et al. (2011) observam que as ações da VISA possuíam caráter fiscalizatório e punitivo até a década de 1980, pautadas pelo poder de polícia, pela fiscalização e pela baixa visibilidade pública. No século XXI, o intenso desenvolvimento tecnológico aumentou os riscos sanitários devido à globalização dos mercados e o consequente aumento na circulação de mercadorias e pessoas, e tornou necessária a construção de ações de VISA capazes de atender de forma ágil aos mercados sem o prejuízo da proteção da saúde da população (LUCCHESE, 2001; LEAL e TEIXEIRA, 2009).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF 1988), uma nova fase para o campo da saúde brasileira foi inaugurada. A institucionalização do SUS por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS) em 1990 baseou-se nos princípios dispostos no art. 7º da Lei nº 8.080/90, bem como nas diretrizes básicas de descentralização, de atendimento integral e de participação da comunidade (BRASIL, 1988). As mudanças na política social do país,

especialmente na área da saúde a partir de 1990, introduziram desafios quanto à forma de planejar, gerir e avaliar as políticas de saúde em contextos descentralizados e autônomos, os quais exigem articulação intersetorial e intergovernamental e o incremento da participação da comunidade nas decisões do setor (PIOVESAN, PADRÃO, DUMONT, GONDIM, FLORES, PEDROSA, LIMA, 2005).

Importante componente da Saúde Pública, a Vigilância Sanitária (VISA) está presente no cotidiano da população e assume importante função ao adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário (serviços de saúde, medicamentos, cosméticos, alimentos) às demandas sociais de saúde e às necessidades do sistema de saúde. A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é consequência da responsabilidade do Estado em assegurar o direito à proteção da saúde e se deu formalmente com a Lei n° 9.782/99. Desde então, o processo de descentralização político-administrativo das ações e serviços de VISA foi impulsionado, resultando no deslocamento do poder político e decisório para as esferas subnacionais (OLIVEIRA e DALLARI, 2011).

Esse novo cenário reclamou da VISA, enquanto parte integrante do SUS, a ampliação de seu campo de atuação (Kornis et al., 2011) que passou a ser entendida como:

> [...] um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir, ou prevenir riscos a saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse a saúde, abrangendo:
> I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas as etapas e os processos, da produção ao consumo; e
> II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990, Art.6º, § 1º).

Para Oliveira e Dallari (2011), contudo, a definição estabelecida para VISA estava muito distante das práticas brasileiras.

Tendo em vista sua amplitude e a abrangência de atuação, bem como a complexidade da determinação dos processos saúde-doença e das relações sociais produção-consumo, as intervenções nesse espaço tendem a ter um caráter multidisciplinar e intersetorial (Ferraro, Costa e Vieira-da-Silva, 2009), além de apresentar distintas racionalidades – econômica, sanitária e política – que interagem ou competem entre si nas ações regulatórias dessa área (SOUZA e COSTA, 2010). Nessa linha, as ações em VISA podem ser entendidas como uma das funções do Estado democrático moderno, de proteger e promover a saúde e o bem-estar dos cidadãos ao zelar pelos interesses coletivos, intervindo nas atividades de particulares, disciplinando-as quando implicarem em risco à saúde pública (LUCCHESE, 2001).

Costa (2004), contudo, diz que as ações de VISA sempre existiram, mas com pouca visibilidade para a população, ou mesmo para os profissionais e gestores da saúde, que se acostumaram a identificar essa área com a atuação policial ou burocrático-cartorial. No Brasil, as atividades de VISA ocorrem em diversos espaços institucionais que compõem o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), parte constitutiva do SUS (SOUZA e COSTA, 2010).

A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) favoreceu a descentralização, já em andamento no processo de construção do SUS (Cohen, Moura e Tomazelli, 2004) e demonstrou que o processo de regulação seguiu os moldes preconizados em 1931 pelo Food and Drug Administration (FDA) nos Estados Unidos (KORNIS et al.,

2011). A agência reguladora deveria substituir a estrutura burocrática e ultrapassada da secretaria ministerial de VISA, combater os graves e históricos problemas sanitários nacionais relacionados a produtos e serviços e fornecer respostas mais ágeis ao mercado globalizado (Piovesan, 2009; Moreira e Costa, 2010) e coordenar o SNVS (DE SETA e DAIN, 2010).

O novo modelo organizacional, caracterizado pela independência administrativa, estabilidade de dirigentes e autonomia financeira, concedeu maior autonomia para a realização de ações e estabeleceu o acompanhamento e a avaliação do seu desempenho pelo Ministério da Saúde (MS), por meio de um contrato de gestão (BRASIL, 1999a; KORNIS et al., 2011; OLIVEIRA e DALLARI, 2011). Em agosto de 1999 tal contrato foi formalizado entre Anvisa e MS com o de objetivo fomentar e executar atividades de VISA e promover a proteção da saúde da população (BRASIL, 1999b).

Assim, o estudo tem como tema a descentralização das ações de Vigilância Sanitária e sua importância está na verificação de aspectos organizacionais no âmbito municipal. Tem-se por objetivo geral analisar as características dos municípios que não apresentam despesas na subfunção orçamentária VISA ou receitas de taxa de fiscalização (RTF) de VISA no RS no período 2008 a 2012.

METODOLOGIA

Para a consecução do estudo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre a VISA em documentos de origem governamental e na base de dados *Scielo* com a utilização dos descritores *Sistema Único de Saúde*, *Descentralização*, *Vigilância Sanitária* e *Financiamento em Saúde*, selecionados a partir do sítio eletrônico *http://decs.bvs.br/*. Essa fase inicial do trabalho teve como objetivo realizar uma revisão acerca do que já foi publicado sobre o assunto para a criação do referencial teórico que embasará o estudo.

Para o alcance dos objetivos, foi realizado um estudo transversal retrospectivo do tipo descritivo com abordagem quantitativa. Os dados anuais foram obtidos a partir das bases de dados públicas, on-line, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) de cada um dos 496 municípios do Rio Grande do Sul incluídos no estudo. A primeira base de dados forneceu dados referentes à demografia dos municípios (Tabela 1), enquanto que a segunda possibilitou o acesso aos respectivos relatórios financeiros (Tabelas 2 e 3). Pinto Bandeira, município recém emancipado em 2013, foi excluído do estudo.

O IBGE dispõe de um vasto banco de dados que fornece uma série de indicadores e informações acerca da população, economia e geociências. Já o SIOPS é um instrumento de acompanhamento dos gastos em saúde efetivados pelas esferas subnacionais e tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde (TEIXEIRA e TEIXEIRA, 2003). Possibilita o cálculo de diversos indicadores ao disponibilizar relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos estaduais e municipais para posterior análise dos mesmos.

A Tabela 1 foi organizada de modo que nas linhas estão os Portes Populacionais e, em quatro colunas, o número de municípios, o % sobre o total de municípios, a população Censo – 2010 e o % sobre o total da população para cada Porte populacional. As Tabelas 2 e 3 foram organizadas de forma que os Portes Populacionais também ficaram nas linhas e em duas

colunas, sendo que uma delas está subdividida em cinco (cada uma equivale a um ano analisado) e a outra informa a totalização de municípios de cada Porte.

O estudo transversal caracteriza-se como uma metodologia utilizada para obter informações sobre variáveis em diferentes contextos, mas simultaneamente e são um instantâneo de uma situação em andamento (HULLEY, CUMMINGS e BROWNER, 2008; COLLIS e HUSSEY, 2005). A pesquisa realizada tem caráter retrospectivo, pois os dados referentes aos recursos financeiros dos municípios que compõem o Rio Grande do Sul foram coletados em uma série histórica que compreende os anos de 2008 a 2012.

O estudo é também descritivo, uma vez que tem como objetivo fundamental a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com os outros, sua natureza e suas características (GIL, 2002). Tem fundamental importância por ser o primeiro passo da investigação e, assim como o estudo transversal, trata-se de uma "fotografia" da situação.

Os dados foram tabulados, tratados e analisados com os recursos disponíveis no Excel®. Os resultados foram calculados como médias anuais para o período 2008-2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Rio Grande do Sul (RS) é uma das 27 Unidades Federativas do Brasil e está localizado ao sul do País, integrando juntamente com o Estado do Paraná e de Santa Catarina, a Região Sul. Atualmente, é composto por 497 municípios, apresenta área territorial de 268.781,9 Km², população de 10.693.929 habitantes e densidade demográfica de 39,8 hab/Km² (IBGE, 2010). A figura abaixo ilustra sua localização geográfica.

Fonte: Secretaria do Turismo do Rio Grande do Sul. Disponível em: http://www2.turismo.rs.gov.br/portal/index.php?q=estado

O RS, antes da emancipação de Pinto Bandeira em 2013, era composto por 496 municípios, dos quais 227 ou 45,7% têm até 5.000 habitantes e a apenas 8,1% da população total do Estado. Porto Alegre, a capital, por sua vez, único município com mais de 500 mil habitantes, é o local de residência de 13,2% da população do RS. A distribuição populacional do RS mostra que municípios com populações maiores de 20.001 habitantes representam apenas 19,7% do total, mas concentram a maior parte da população – 73,1%, já que 80,3% são municípios com populações menores de 20.000 habitantes e concentram apenas 26,9% da população. Maiores detalhes da distribuição da população do RS encontram-se abaixo, na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição populacional nos municípios, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010

Porte Populacional	Número de Municípios	% sobre o total de Municípios	População Censo 2010	% sobre o total da População
Até 5.000	226	45,6	868.473	8,1
5.001 a 10.000	105	21,2	1.050.558	9,8
10.001 a 20.000	67	13,5	966.222	9,0
20.001 a 50.000	56	11,3	1.652.815	15,5
50.001 a 100.000	24	4,8	1.526.255	14,3
100.001 a 500.000	17	3,4	3.220.255	30,1
500.001 e mais	1	0,2	1.409.351	13,2
TOTAL	**496**	**100,0**	**10.693.929**	**100,0**

Na Tabela 2 são apresentados dados sobre o preenchimento dos relatórios financeiros de responsabilidade municipal. No que tange às Receitas de Taxa de Fiscalização de VISA, em 94 (19%) dos 496 municípios do RS, tal classificação orçamentária não apresentou valor algum nos anos analisados. Destes, 81 (86,2%) são municípios pequenos, com menos de 10.000 habitantes, e 3 (3,1%) – Sapucaia do Sul, Rio Grande e Passo Fundo – com mais de 100.000 habitantes. Por outro lado, 237 (47,8%) dos municípios do RS apresentaram valores diferentes de zero para todos os anos do período. A capital estadual, Porto Alegre, teve esse campo com valores nulos em três dos cinco anos analisados.

Tabela 2 – Porte populacional de municípios segundo anos com valores nulos de receitas de Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2008-2012

Porte Populacional	Nº de anos com valores nulos						Total
	0	1	2	3	4	5	
Até 5.000	79	27	18	15	20	67	**226**
5.001 a 10.000	52	15	6	7	11	14	**105**
10.001 a 20.000	38	6	9	4	3	7	**67**
20.001 a 50.000	40	8	3	2	1	2	**56**
50.001 a 100.000	18	3	0	1	1	1	**24**
100.001 a 500.000	10	3	1	0	0	3	**17**
500.001 e mais	0	0	0	1	0	0	**1**
TOTAL	**237**	**62**	**37**	**30**	**36**	**94**	**496**

A Tabela 3 mostra o levantamento realizado acerca dos anos com valores nulos de despesas na subfunção orçamentária VISA, dados também de preenchimento dos relatórios financeiros de responsabilidade municipal. Em 119 (24%) municípios, a subfunção VISA não apresentou valor algum nos anos analisados. Destes, 88 (73,9%) são municípios com até 10.000 habitantes. Enquanto isso, 168 (33,9%) dos municípios preencheram o campo pelo menos 1 vez e 209 (42,1%) municípios apresentaram valores para todos os anos – o que era esperado para a totalidade dos municípios.

Deve ser salientado o fato que os 331 municípios considerados como pequenos (até 10.000 habitantes) representam 67% do total do Estado, porém, destacam-se com percentual mais expressivo (73,9%) entre os que não registraram despesa alguma com VISA entre 2008 e 2012, conforme dados do SIOPS.

Tabela 3 – Porte populacional de municípios segundo anos com valores nulos de despesas na subfunção orçamentária Vigilância Sanitária, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2008-2012

Porte Populacional	Nº de anos com valores nulos						Total
	0	1	2	3	4	5	
Até 5.000	72	29	26	19	19	61	**226**
5.001 a 10.000	51	5	11	6	5	27	**105**
10.001 a 20.000	26	3	7	9	5	17	**67**
20.001 a 50.000	35	3	3	3	3	9	**56**
50.001 a 100.000	13	0	3	3	2	3	**24**
100.001 a 500.000	11	2	0	2	0	2	**17**
500.001 e mais	1	0	0	0	0	0	**1**
TOTAL	**209**	**42**	**50**	**42**	**34**	**119**	**496**

Para 35 (7%) municípios, os valores foram nulos em ambas as variáveis. Destes, 34 são municípios pequenos (até 10.000 habitantes) e apenas 1 (Passo Fundo) possui quase 200.000 habitantes. Em termos de regionalização, 21 (60,0%) fazem parte da Mesorregião Noroeste Rio-Grandense e 6 (17,1%) da Metropolitana de Porto Alegre, que abrange a capital do RS. A população compreendida pelos 35 municípios é de 332.637 habitantes (3,1% da população total do RS).

Os campos com valores nulos no item despesas na subfunção orçamentária Vigilância Sanitária apresentaram um número maior de municípios em comparação com aqueles não registraram receitas de RTF. O não preenchimento ou a não alocação de recursos na subfunção, em comparação com os registros de RTF, é mais expressivo em municípios com portes populacionais de 5.001 até 50.000 habitantes. O inverso ocorre quando se analisam as receitas advindas das taxas de fiscalização. A proporção de municípios que apresentaram valores para esse campo em todos os anos da série cresce na medida em que seus portes populacionais aumentam.

O SUS no Brasil gerou desafios quanto ao planejamento, à gestão e à avaliação das políticas de saúde em contextos descentralizados e autônomos. Desde então, cabe às esferas subnacionais definir como os recursos financeiros serão arrecadados e alocados para a saúde. Nesse contexto, a arrecadação de taxas de fiscalização de VISA decorre do exercício do

"poder de polícia" tipicamente atribuído à autoridade sanitária local, bem como a definição do quantitativo de recursos que serão alocados em cada subfunção da saúde.

Com atividades de grande importância para as ações de saúde e de forte atuação nos setores econômicos relacionados a produtos e serviços que possam afetar a saúde, a VISA é uma atividade pouco conhecida da população, mesmo depois da criação da Anvisa em 1999. Sua organização e seu caráter de atuação multidisciplinar e intersetorial exigem profissionais capacitados, bem como recursos físicos e financeiros para o desempenho das atividades que muitas vezes podem requerer, inclusive, o uso do poder de polícia. Em razão disso, ao seguir a diretriz da descentralização, os serviços de VISA no âmbito municipal encontram dificuldades de toda ordem.

A descentralização das ações e serviços de VISA teve início na década de 1970 nas capitais de alguns estados do país (LIMA e REIS, 2002). Foi, contudo, implementada de forma abrangente somente após a edição das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB SUS) de 1993 e de 1996 (Levcovitz, Lima e Machado, 2001), sendo que a última estabeleceu algumas bases para a gestão descentralizada da VISA, determinou os critérios gerais para habilitação e criou mecanismos de financiamento específicos, na qual o gestor estadual seria responsável pela coordenação e execução, em alguns casos, das atividades de VISA, além de ter a responsabilidade de cooperar técnica e financeiramente com o conjunto de municípios (O'DWYER, REIS e SILVA, 2010).

A Norma Operacional Básica do SUS nº 01 1996 (NOB SUS 01/96) previu duas condições de gestão para os municípios: plena da atenção básica e plena do sistema municipal, sendo que esta previa a responsabilidade pela execução das ações básicas, de média e alta complexidade em VISA (BRASIL, 1996). Desse modo, a implantação da gestão plena do sistema municipal, como uma etapa do processo de descentralização das ações de saúde, representava a concretização da municipalização da saúde e constituía subsídio importante para o planejamento, gerenciamento e qualidade dos serviços de assistência em saúde, e para o controle de qualidade de produtos e serviços de saúde (ARRETCHE e MARQUES, 2001; ARRETCHE, 2003). Assim, os compromissos em VISA variavam de acordo com a forma de gestão, grau de desenvolvimento e interesses municipais e se referiam à execução de atividades que exigiam estruturas de regulação e fiscalização organizadas (FERRARO et al., 2009).

Viana, Lima e Oliveira (2002) ressaltam que o panorama mais geral do processo de descentralização dos anos 1990 no Brasil foi acompanhado de uma crescente fragmentação da gestão do social e de uma frágil base de sustentação fiscal dos Estados da Federação. Soares (2000) comenta que a descentralização pode ser denominada como "destrutiva", já que se delega aos municípios as competências sem os recursos correspondentes ou necessários. Mais ainda, que a delegação de autoridade ao poder local, via descentralização com participação da sociedade, só se efetivaria de fato, por meio de esforços de combate aos esquemas tradicionais de poder das elites locais. Nesse jogo contraditório, de interesses e de diferenças regionais e locais, não há, portanto, um modelo único de descentralização, pois as desigualdades regionais e a história de cada contexto, com seus diferentes sujeitos sociais e cenários específicos e singulares, conformam modelos diferenciados de descentralização (JULIANO e ASSIS, 2004).

Como resultado da fragilidade, da desarticulação e da fragmentação das ações e serviços de VISA (O'Dwyer et al.; Marangon, Scatena e Costa, 2010), colocam o grande número de escândalos no setor sanitário do Brasil – expressos em fraudes de medicamentos, mortes em serviços de saúde, pela hemodiálise em Pernambuco e de idosos na Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, além de acusações de corrupção em nível federal – ocorridos nos anos 1990 como evidência de um sistema sanitário ineficiente, frágil e suscetível a várias ações criminosas.

Para Piovesan et al. (2005), no campo da VISA, a descentralização está estreitamente ligada à articulação entre as instâncias do SNVS – antiga demanda reivindicada por técnicos e organizações da sociedade civil relacionados à área de VISA, que foi criado sob as diretrizes da Portaria nº 1.565/94 (Juliano e Assis, 2004) – que, apesar de autônomas, são interdependentes, e por isso, necessariamente cooperativas. Concluem afirmando que autonomia e interdependência na construção de um sistema descentralizado imprimiam e requeriam novas estratégias ao planejamento, à gestão e à avaliação das políticas de VISA. A baixa capacidade de regulação e a fragilidade do sistema sanitário existente durante os anos 1990 contribuíram para ampliar a discussão sobre a necessidade de reformulação do modelo organizacional (Marangon et al., 2010), que teve como desfecho a criação da Anvisa, em 1999, com a edição da Lei nº 9.782/99 – a primeira agência de regulação social do país (O'DWYER et al., 2010).

O clima, na época da criação da Anvisa, era de profunda desconfiança, visto que o modelo de agência reguladora recebia críticas de segmentos sociais que identificavam nele uma forma de recentralização – portanto, retrocesso no processo de construção do SNVS, segundo a diretriz de descentralização do SUS (MOREIRA e COSTA, 2010). Para os mesmos autores, a elaboração do contrato de gestão não foi um processo democrático, pois se restringiu à alta cúpula do MS e à Diretoria Colegiada da Anvisa. Com a instituição da Anvisa e de seu modelo de gestão, a rotatividade dos postos de direção do órgão federal cessou e a arrecadação das taxas de fiscalização, que tiveram seu escopo e valores majorados, aumentaram a capacidade financeira da Anvisa (DE SETA e DAIN, 2010).

Com a criação da agência e de forma tardia em relação aos demais componentes do SUS, o processo de descentralização político-administrativo das ações e serviços de VISA então foi impulsionado (OLIVEIRA e DALLARI, 2011). Solla e Costa (2007), por sua vez, concordam que o processo da descentralização envolveu um processo mais tardio, mais complexo e menos vigoroso que o da atenção à saúde, mas ressalvam que ela envolve especificidades, pois um conjunto de ações permaneceu sob competência da esfera federal.

Garibotti, Hennington e Selli (2006) afirmam que, mesmo depois da criação da Anvisa, a maioria das administrações locais acabou incorporando a VISA em um conceito limitado ao organizar os serviços de forma fragmentada, não promover a integração das áreas de atuação e muito menos o planejamento sobre as prioridades e necessidades de saúde. Nesse sentido, Maia, Guilhem e Lucchese (2010) dizem que um grande desafio à aplicação prática da integralidade na saúde é a superação do modelo de atuação centralizador e segregado da VISA. Ferraro et al. (2009) e De Seta e Dain (2010) afirmam que os componentes do SNVS – no nível federal, a Anvisa e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), vinculado administrativamente à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e tecnicamente à Anvisa, no nível estadual, os 27 órgãos de VISA das secretarias estaduais de saúde, que

contam com os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen's) e no nível municipal, os serviços de VISA, que variam muito em termos de estrutura, recursos e capacidade operativa (Ferraro et al., 2009; O'Dwyer et al., 2010; Araújo, Melo, Brant, Viana e Santos, 2013) – têm atuado de forma centralizada, restando aos municípios a execução de ações de forma desarticulada.

Entre os problemas relacionados ao SNVS relatados por gestores, coordenadores e trabalhadores das vigilâncias municipais tem-se:

a) a ausência de projeto político que levasse em conta a estrutura organizacional dos municípios e favorecesse o controle social (LIMA e REIS, 2002; JULIANO e ASSIS, 2004);
b) falta de clareza das competências, por esferas de governo (Ferraro et al., 2009);
c) pouca articulação intra e interinstitucional (LIMA e REIS, 2002; JULIANO e ASSIS, 2004; PIOVESAN et al., 2005);
d) desarticulação com o nível regional) e interferência político-partidária (FERRARO et al., 2009);
e) falta de apoio político (LIMA e REIS, 2002; JULIANO e ASSIS, 2004; PIOVESAN et al., 2005); e,
f) desmobilização e desinformação da sociedade (LIMA e REIS, 2002).

De Seta e Dain (2010) dizem que parte dos desafios se deve aos altos requerimentos – técnicos, funcionais e políticos – para muitas de suas ações. Entre os requerimentos de ordem funcional e política, há a necessidade de várias ações serem executadas por agentes públicos – profissionais concursados ou comissionados – relativamente protegidos em razão do nível potencialmente alto de conflitos de interesse (DE SETA, 2007). Além disso, no longo processo de desenvolvimento da VISA, predominaram certa concentração do processo decisório na esfera federal e uma quase total ausência das outras esferas de governo, inclusive no seu financiamento, visto que há gastos realizados nas esferas subnacionais com a folha de pagamento do pessoal da vigilância – geralmente escasso e mal remunerado – e da estrutura – quase sempre precária (DE SETA e DAIN, 2010). Os mesmo autores dizem que, além dos desafios próprios da VISA, há constrangimentos para a construção do SNVS situados na estrutura da federação e nas relações intergovernamentais. Na esfera federal, uma agência com crescente capacidade administrativa e condições institucionais invejáveis – mandato e estabilidade de dirigentes, capacidade de formação de receitas próprias, quadro de pessoal concursado e carreira diferenciada. Nos estados – diversidade nas atividades executadas e na estrutura, e elas geram distintas capacidades, competências e responsabilidades. Já os municípios costumam apresentar dificuldades na gestão e provisão de bens públicos a seus munícipes, e muitos somente criaram Secretarias e Conselhos de Saúde a partir da NOB SUS de 1996 (DE SETA e DAIN, 2010).

Para De Seta e Dain (2010), a descentralização como municipalização propiciou a expansão da rede de serviços de atenção à saúde das pessoas, mas recebeu numerosas críticas como o caráter tutelado da descentralização, descentralização incompleta, municipalização autárquica, atomização da rede de serviços, ineficiências e perdas de economia de escala, pulverização dos recursos ou sua insuficiência (PESTANA e MENDES, 2004). No campo da

VISA, ao considerar sua natureza e trabalho e realizar, De Seta e Dain (2010) questionam a possibilidade de um caminho diferente do trilhado pelas ações de cuidado no âmbito da descentralização. De Seta (2007) sugere um pacto que leve em conta as características estruturais e funcionais dos entes federados e valorize a necessidade de ação ágil, coordenada e abrangente territorialmente. Complementa dizendo que para esse tipo de ação, a cooperação e a coordenação da esfera estadual é imprescindível e que tal esfera deve assegurar a execução de ações de controle sanitário nos municípios não tenham condição técnica, organizacional ou política em dado momento. Com isso, defende que a cooperação entre o estado e os municípios aumentaria o benefício da população. Esse pacto específico, contudo, no conflituoso momento atual, parece distante de ser alcançado (DE SETA e DAIN, 2010).

Na mesma linha, para Souza e Costa (2010), a organização necessária para a VISA tem natureza sistêmica, de interdependência entre os órgãos das administrações federal, estaduais e municipais. Tal organização deve dar conta, por exemplo, de medicamentos e alimentos, instrumentos diagnósticos e terapêuticos, que são produzidos em um território local. Contudo, além de não haver limite territorial para a circulação, o controle sanitário é uma área de competência concorrente entre o setor saúde e os diversos outros setores da administração pública, o que obriga o aparato estatal a absorver as necessidades de controle e configurar modelos de organização de serviços entre distintos âmbitos institucionais, espaços técnicos e político-administrativos dos entes federados (SOUZA e COSTA, 2010).

Para Leal e Teixeira (2009), dentre os inúmeros aspectos abordados no campo da VISA com a intensificação do seu processo de descentralização, destacam-se a capacitação e o desenvolvimento dos seus recursos humanos. A organização dos serviços municipais de VISA é muito diversa nos municípios brasileiros. As equipes têm constituição diferenciada em relação ao nível de escolaridade do profissional (nível médio e superior) e em relação ao tipo de graduação (O'DWYER, TAVARES e DE SETA, 2007).

O Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária de 2004 mostrou que 80,4% dos municípios tinham trabalhadores de VISA, sendo que em 23,7% havia apenas um trabalhador e, do total, apenas 32,5% tinham nível superior de escolaridade. Em relação ao tipo de graduação, 18% eram veterinários, 13% administradores, 12% farmacêuticos, 8% enfermeiros, 6% odontólogos e 5% médicos. Com base na pesquisa, foram considerados desafios para recursos humanos em VISA: formar os trabalhadores com escolaridade de ensino médio, ajustar o quadro de trabalhadores às necessidades e atribuições dos serviços, formular e implantar programa de educação permanente e criar mecanismos de fixação e de valorização dos trabalhadores (REIS, GONDIM e LIMA, 2005).

Leal e Teixeira (2009) afirmam que a questão dos recursos humanos reveste-se de maior complexidade na área da VISA por não haver cursos de graduação e pelo fato de que as disciplinas que dão suporte à área não oferecerem qualificação específica, ficando a formação profissional sujeita a capacitações em cursos de pós-graduação. Entre os requisitos esperados nos trabalhadores de VISA estão a capacidade gerencial e técnica nas diferentes áreas de atuação para a regulação do risco sanitário, em sociedades de riscos crescentes, movida pelo consumo de produtos, serviços e tecnologias, que muitas vezes produzem iatrogenias (BRASIL, 2003b; LEAL e TEIXEIRA 2009).

Quando não monitoradas adequadamente, as inovações tecnológicas podem gerar danos à saúde. Nesse sentido, a VISA de serviços de saúde estabelece práticas direcionadas à

melhoria da qualidade da atenção à saúde, seja normalizando os procedimentos, seja adotando medidas de inspeções, de monitoramento e de avaliações, além de fazer com que os prestadores cumpram condições técnicas minimamente necessárias ao funcionamento dos serviços (BRASIL, 2003b; MAIA, FREITAS, GUILHEM e AZEVEDO, 2011). Logo, a qualidade dos serviços de saúde configura-se hoje em um imperativo técnico e social (BRASIL, 2007).

Ao levar em conta a baixa demanda social por ações coletivas de promoção e proteção da saúde, um dos principais desafios é garantir que as ações educativas cheguem à população e que recursos de proteção à saúde sejam utilizados na prática de todos os profissionais de saúde. Assim, uma forma legítima de buscar essa aproximação é por meio da parceria com as equipes de saúde da família, que são os agentes de saúde mais próximos da população. Partindo das proposições da promoção da saúde, tem-se a VISA enquanto corresponsável no desenvolvimento de ações promocionais, contribuindo para o reforço da consciência sanitária por intermédio da informação e comunicação (O'DWYER et al., 2007).

No mesmo sentido, Piovesan et al. (2005) verificaram em seu estudo que atribuições pouco definidas das instâncias de governo, abordagem fragmentada do campo de atuação, pouca articulação intra e interinstitucional, insuficiência de recursos humanos, baixa qualificação técnica dos profissionais, sistema de informações insuficiente, além de despreparo para utilização dos dados existentes, assim como desmobilização e desinformação da sociedade, são alguns dos fatores que reduzem a efetividade das ações de controle sanitário.

Apesar de O'Dwyer et al. (2010) afirmarem que tradicionalmente a VISA trabalha com o conceito de território como divisão político-administrativa e que geralmente existe a ocorrência simultânea de ações das três esferas de governo numa mesma localidade, em muitos municípios há o desconhecimento das prioridades dos seus próprios territórios. Sem tal conhecimento, há a potencialização da desvinculação entre prioridades locais e metas pactuadas, ignorando que, no campo da VISA, os fatores de risco, as relações sociais e as políticas desenham os territórios e, em consequência disso, a efetividade dos serviços (O'DWYER et al., 2007; PIOVESAN et al., 2005).

Nesse sentido, a aproximação entre território, fatores de risco e planejamento constitui uma alternativa de planejamento que parte de problemas concretos, em territórios determinados e numa perspectiva intersetorial. Segundo Lucchese (2001), a identificação destes fatores possibilita minimizar os problemas sanitários a que estão expostos indivíduos, grupos sociais e objetos, e agir sobre os fatores que determinam e condicionam a ocorrência de agravos e danos. A análise das informações produzidas sobre um território subsidia o planejamento, que constitui importante instrumento de definição de prioridades, direcionamento de estratégias e efetivação das ações necessárias para a integralidade e equidade das políticas sociais, inclusive as de VISA (TEIXEIRA e PAIM, 2000; JUNQUEIRA, 2000).

Com o intuito de encontrar soluções às dificuldades encontradas no âmbito da VISA, de dar efetividade às suas ações e de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária teve, entre outras propostas, a criação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária, o PDVISA (DE SETA e DAIN, 2010). Segundo Araújo et al. (2013), até o lançamento do PDVISA, fez-se necessário a realização de

debates para a adoção de estratégias e para a construção participativa entre os diversos atores envolvidos, além dos preceitos centrados meramente na fiscalização, em um movimento de construção ascendente de participação (BRASIL, 2003a).

A função do PDVISA era estabelecer diretrizes para a solução de problemas inerentes à atuação da VISA com o objetivo de fortalecer o SNVS e garantir um plano de integração das ações de VISA com os princípios e demais ações de saúde desenvolvidas no SUS (De Seta e Dain, 2010; Maia et al., 2010; Araújo et al., 2013) para a concretização do processo de descentralização das ações de VISA, com ênfase na regulação do risco (LEAL e TEIXEIRA, 2009). Com o PDVISA, ficou definido que os municípios assumiriam a função de elaborar, a partir de suas realidades – características de extensão territorial, diversidade social, econômica e cultural –, Planos de Ação em Vigilância Sanitária (PAVISA) específicos e articulados ao planejamento do setor saúde no âmbito municipal (Araújo et al., 2013) organizados em cinco eixos – Organização e gestão do SNVS, no âmbito do SUS, Ação regulatória: vigilância de produtos, de serviços e de Ambientes, A Vigilância Sanitária no contexto da atenção integral à saúde, Produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico e Construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social.

CONCLUSÕES

A maior participação de pequenos municípios entre os que não registraram despesas na subfunção orçamentária Vigilância Sanitária ou não geraram receitas a partir das Taxas de Fiscalização de VISA no período estudado pode indicar deficiências de estrutura organizativa para responder a uma das atividades que se espera típica da gestão em saúde no âmbito local ou refletir dificuldade de adequada classificação orçamentária.

Como se viu em estudos anteriores, a VISA apresenta características singulares quando comparada a outras ações e serviços de saúde. Para o seu exercício no âmbito local, necessita de recursos físicos, humanos e financeiros que muitas vezes são insuficientes ou inexistentes. Somam-se a isso, outras dificuldades como o desmobilização e desconhecimento da população sobre a real amplitude das ações de VISA, conflitos de interesses, bem como falta de clareza das competências por esferas de governo.

O menor número de municípios com valores nulos nas RTF para a série estudada se deu principalmente naqueles de maiores portes populacionais. Tal fenômeno pode estar relacionado a melhores condições financeiras e organizacionais para organizar e gerir uma equipe de VISA no sentido de realizar as atividades de fiscalização.

BIBLIOGRAFIA

ARAÚJO, D. G; MELO, M. B.; BRANT, L.; VIANA, F. C.; SANTOS, M. A. (2013). Os desafios da implantação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária em um contexto municipal. Saúde Soc., v. 22, n. 4, p. 1154-1166. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/17.pdf

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. La municipalización de La salud en Brasil: Diferencias regionales, poder de voto y estrategias del gobierno. Serie de Informes Técnicos. Washington,

D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2001. Disponível em: http://www.fflch.usp.br//centrodametropole/upload/aaa/93-MunicplzSaudBR_2001.pdf

ARRETCHE, M. (2003). Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidades e autonomia. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 8 n. 3, p. 331-345. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a02v08n2.pdf

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

_____. Portaria MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica – SUS nº 01/96. Brasília, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html

_____. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Brasília, 1999a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Contrato de gestão que entre si celebram o Ministério da Saúde/MS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Anvisa. 1999. Brasília, 1999b. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/contrato/contrato_consolidado.pdf

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 248 p. 2003a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf

_____. Ministério da Saúde. Direito sanitário e saúde pública. Brasília, v. 2, p. 288, 2003b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVol2.pdf

_____. Portaria nº 1.052, de 8 de maio de 2007. Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/portaria_1052_08_05_2007.pdf

COHEN, M. M.; MOURA, M. L. O,; TOMAZELLI, J. G. (2004). Descentralização das ações de vigilância sanitária nos municípios em gestão plena, estado do Rio de Janeiro. Ver Bras Epidemiol, v. 7, n. 3, p. 290-301. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n3/07.pdf

COLLIS, J.; HUSSEY, R. H. (2005). Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2 ed. Porto Alegre: Artmed.

COSTA, E. A. (2004). Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. 2. ed. São Paulo: Sobravime,

DE SETA, M. H. (2007). A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do Federalismo. 188 f. Tese de conclusão do Curso de Doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/Tese_Maris.pdf

DE SETA, M. H.; DAIN, S. (2010). Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 3, p. 3307-3317. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a02.pdf

FERRARO, A. H. A.; COSTA, E. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (2009). Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. Cad. Saúde Pública, v. 25, n. 10, p. 2201-2217. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n10/11.pdf

GARIBOTTI, V.; HENNINGTON, E. A. SELLI, L. (2006). A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. Cad. Saúde Pública, v. 22, n. 5, p. 1043-1051. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/17.pdf

GIL, A. C. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S. (2008). Uma Abordagem Epidemiológica. 3 ed. Porto Alegre: Artmed.

JULIANO, I. A.; ASSIS, M. M. A. (2004). A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 2, p. 493-505. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20403.pdf

KORNIS, G. E. M.; BRAGA. M. H.; FAGUNDES, M.; DE PAULA, P. A. B. (2011). A regulação em saúde no Brasil: um breve exame das décadas de 1999 a 2008. Physis Revista de Saúde Coletiva, v. 21, n. 3, p. 1077-1101. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/17.pdf

LEAL, C. O. B. S.; TEIXEIRA, C. F. (2009). Análise de situação dos recursos humanos da vigilância sanitária em Salvador - BA, Brasil. Comunicação Saúde Educação, v. 13, n. 30, p. 167-79. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000300014&script=sci_arttext

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. (2001). Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 269-291. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf

LIMA, M.; REIS, L. (2002). Levantamento da situação dos serviços de vigilância sanitária no país. Brasília, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/paf/levanta_vig_pais/material/introducao.htm

LUCCHESE, G. (2001). Globalização e Regulação Sanitária: Os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil. 245 f. Tese de conclusão do Curso de Doutorado em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/GT/VISA/Teses/tese_geraldo_lucchese.pdf

MAIA, C.; GUILHEM, D.; LUCCHESE, G. (2010). Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. Cad. Saúde Pública, v. 26, n. 4, p. 682-692. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/11.pdf

MAIA, C. S.; FREITAS, D. R. C.; GUILHEM, D.; AZEVEDO, A. F. (2011). Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 5, p. 2567-2574. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a27v16n5.pdf

MARANGON, M. S.; SCATENA, J. H. G.; COSTA, E. A. (2010). Vigilância Sanitária: estratégias para sua descentralização em Mato Grosso, 1996-2005. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 3, p. 3587-3601. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/630/63017302034.pdf

MOREIRA, E. M. M.; COSTA, E. A. (2010). Avaliação de desempenho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no modelo de contrato de gestão. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 3, p. 3381-3391. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a13.pdf

O´DWYER, G.; TAVARES, M. F. L.; DE SETA, M. H. (2007). O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no lócus saúde da família. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v. 11, n. 23, p. 467-84. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115440006

O'DWYER, G.; REIS, D. C. S.; SILVA, L. L. G. (2010). Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 3, p. 3351-3360. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a10.pdf

OLIVEIRA, A. M. C.; DALLARI, S. G. (2011). Vigilância Sanitária, Participação Social e Cidadania. Saúde Soc., v. 20, n. 3, p. 617-624. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29746/31624

PESTANA, M. V. C.; MENDES, E. V. (2004). Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte, 80 f. Disponível em: http://educacaominassaude.com.br/workspace/uploads/publicacoes/pacto-de-gestao-da-municipa-5102e2e841128.pdf

PIOVESAN, M. F. (2009). A trajetória da implementação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999-2008). 182 f. Tese de Conclusão do Curso de Doutorado em Ciências ENSP/FIOCRUZ. Disponível em: http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25494_Piovesanmfd.pdf

PIOVESAN, M. F.; PADRÃO, M. V. V.; DUMONT, M. U.; GONDIM, G. M.; FLORES, O.; PEDROSA, J. I.; LIMA, L. F. M. (2005). Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. Rev Bras Epidemiol, v. 8, n. 1, p. 83-95. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n1/10.pdf

REIS, L. G. C.; GONDIM, M. M. G.; LIMA, L. C. W. (2005). Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária, 74 p. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/censo_2004/historico/publicacao.pdf

SOARES, L. T. (2000). Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina. 3. ed. São Paulo: Cortez.

SOLLA, J. J. S. P.; COSTA, E. A. (2007). Evolução das transferências financeiras no processo de descentralização da vigilância sanitária no SUS. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador v. 31, n. 1, p. 161-177. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/1547/1/arrtigo%20repositorio12.pdf

SOUZA, G. S.; COSTA, E. A. (2010). Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em Vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 3, p. 3329-3340. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a08.pdf

TEIXEIRA, C.; PAIM J. (2000). Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. RAP, v. 34, p. 63-80. Disponível em: http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6348/4933

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. (2003). Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 379-91. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a05v08n2.pdf

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D; OLIVEIRA, R. G. (2002). Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, n. 3, p. 493-507. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13027.pdf